Приложение 1

к положению о проведении

19 сессии Гроссмейстерского Центра

в Сибирском Федеральном округе

Образец предварительной заявки:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата  рождения | Разряд | Рейтинг ФИДЕ | Место учебы, класс | Номер удостоверения личности  (кем, когда выдан) | Территория | Домашний адрес, телефон родителя |
|  | Свиридов  Артем  Вадимович | 05.07.2009 | 1 | 2015 | Средняя школа №12, 5 класс | I-ЛО № 331191выдано 09.07.1997 ОЗАГС  г. Анжеро-Судженска | Анжеро-Судженск | г. Анжеро-Судженск, ул. Челинская, 13-4,  т. 8-950-950-50-50 (мама) |
|  | Сметанина Надежда  Васильевна | 10.07.2003 | кмс | 2305 | Средняя школа №12, 11 класс | 32 04 771360 выдан 02.11.2004 УВД  г Междуреченска | Междуреченск | г. Междуреченск,  ул. Комарова, 19-6  8-960-924-37-81 (мама) |

подаётся строго *до 05 октября 2021г.*

*Шукану Александру Владимировичу (E-mail: alex\_sh\_*[*1981@mail.ru*](mailto:1981@mail.ru)*, тел. +8-951-164-31-73)*

**Перечень документов для участников ГЦ ФШР:**

1. Отрицательный результат лабораторного исследования на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), полученного не ранее 3-х календарных дней до начала сессии

2. Общая медицинская справка о состоянии здоровья детей с указанием имеющихся хронических заболеваний - форма 079-у (максимум за 10 дней до заезда)

3. Копия страхового медицинского полиса (копия)

4. Копия свидетельства о рождении или паспорта.

5. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №2)

6. Согласие на использование и обработку персональных данных (приложение № 3).

**Просим самое серьезное внимание обратить на наличие у детей медицинских документов. При отсутствии медицинских документов ребенок незамедлительно возвращается по месту жительства (если Ваш ребенок должен принимать лекарства на регулярной основе, их необходимо передать с подробной инструкцией).**

Вышеперечисленные документы подаются 15.10.2021 с 16-00 до 18-00 в ГАУЗ «НГКБ №1 «Центр здоровья «Калтанский» (г. Калтан, ул. Комсомольская, 22).

Приложение 2

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(ФИО гражданина)

(степень родства) (ФИО ребенка)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* г. рождения, зарегистрированный по адресу: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](garantf1://70072996.1000) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](garantf1://70072996.0) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля

2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantf1://70072996.1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](garantf1://12091967.2009) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5](garantf1://12091967.1953) части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Приложение 3

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Я, законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)*

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(кем выдан)*

зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

действующий от имени субъекта персональных данных на основании

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя)*

даю Общероссийской общественной организации «Федерация шахмат России» (ОГРН 1037739496024, ИНН 7704016433), расположенной по адресу: Москва, Гоголевский бульвар, д. 14, стр. 1 (далее – Оператор) согласие на обработку своих персональных данных.

**Цель обработки персональных данных:**

- подготовка, проведение и подведение итогов Открытого первенства Сибирского федерального округа

среди команд общеобразовательных организаций в рамках проекта «Шахматы в школах» в рамках проекта «Шахматы в школах» (далее – Соревнование), включая публикацию итогов;

- расчет и присвоение российских и международных рейтингов участников Соревнования;

- рассмотрение вопросов, связанных с нарушением порядка проведения соревнования, обжалованием соответствующих решений, разрешение конфликтных ситуаций по вопросам спортивной деятельности;

- организация системы учета данных о спортсменах, занимающихся видом спорта «шахматы», и выдача документов, удостоверяющих принадлежность к спортивной или иной организации и спортивную квалификацию спортсменов, в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти в области физической культуры и спорта;

- исполнение требований законодательства Российской Федерации, включая налоговое законодательство, законодательство о бухгалтерском учете, законодательство о социальном обеспечении;

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**  - фамилия, имя, отчество;  - дата рождения;  - фамилия, имя, отчество законного представителя;  - пол;  - адрес регистрации (прописки), почтовый адрес;  - контактные данные (номер телефона, адрес электронной почты);  - данные документа, удостоверяющего личность; | - данные документа, удостоверяющие законного представителя;  - фотография;  - номер полиса обязательного медицинского страхования;  - идентификационный номер Общероссийской общественной организации «Федерация шахмат России» (далее - ФШР). |